
NEUROLOGIE

CAZ CLINIC: HIDROCEFALIA POSTTRAUMATICĂ ŞI INFLUENŢA ACESTEIA ASUPRA STĂRII DE CONŞTIENŢĂ

Gavriliuc Mihai^{1,2} – dr. hab. în medicină, profesor universitar,

Odainic Olesea² – dr. în medicină,

Manole Elena^{1,2} – dr. în medicină, conferenţiar universitar,

Costru-Taşnic Elena³ – medic-rezident,

Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemiţanu”¹,

Institutul de Neurologie şi Neurochirurgie²,

Specialitatea Neurologie şi Neurologie Pediatrică, USMF Nicolae Testemiţanu³

e-mail: elenacostu@gmail.com, tel. +37368176676 (mob.)

Rezumat

Hidrocefalia este o complicaţie comună în caz de traumatism craniocerebral sever, cu impact negativ asupra procesului de recuperare neurologică a pacienţilor afectaţi. În articolul dat prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 29 de ani, care, după un traumatism craniocerebral sever, dezvoltă stare vegetativă persistentă, complicată de hidrocefalie posttraumatică.

Cuvinte-cheie: traumatism craniocerebral sever, stare vegetativă, hidrocefalie posttraumatică

Summary: Case report: posttraumatic hydrocephalus and its influence on consciousness

Hydrocephalus is a common complication in severe head trauma. It represents a negative predictor factor for the neurological recovery process of the patients. In this article we present the case of a 29 years old man, who develops a post-head injury persistent vegetative state, complicated by posttraumatic hydrocephalus.

Keywords: severe head trauma, vegetative state, posttraumatic hydrocephalus

Резюме: Клинический случай: посттравматическая гидроцефалия и её влияние на сознание

Гидроцефалия является частым осложнением в случае тяжелой травмы головы, имея отрицательное влияние на процесс неврологического восстановления пациентов. В данной статье представлен случай 29-летнего мужчины, у которого после тяжелой черепно-мозговой травмы, развилась постоянное вегетативное состояние, осложненное посттравматической гидроцефалией.

Ключевые слова: тяжелая травма головы, вегетативное состояние, посттравматическая гидроцефалия

Introducere

Traumatismele craniocerebrale (TCC) severe sunt inevitabil însoţite de tulburări importante ale stării de conştiinţă, gravitatea acestora fiind invers proporţională punctajului acumulat conform GCS (Glasgow Coma Scale). Instalarea stării de comă este o etapă evolutivă intermediară, cu dinamică variabilă, unul din scenariile evolutive fiind dezvoltarea statutului vegetativ. Starea vegetativă (SV) reprezintă o entitate clinică caracterizată prin lipsa orientării în spaţiu, timp şi propria persoană, cu prezervarea ciclurilor veghe-somn şi a funcţiilor vegetative [8]. Incidenţa prin SV este de 0,5 – 2 cazuri la 100.000 populaţie/an. Până la o treime din cazuri sunt de etiologie traumatică, iar 2/3 din cazuri de etiologie non-traumatică [5]. Pronosticul pacienţilor cu SV depinde de numeroşi factori, cei mai relevanţi fiind: 1. Durata aflării în

SV - şansa de restabilire a independenţei funcţionale la 1 an de la leziunea cerebrală scade de la 18% (la 1 lună aflare în SV), la 12% (3 luni) şi 3% (6 luni), iar rata de restabilire a conştiinţei la 1 an de la leziune, scade de la 42%, la 27 şi, respectiv, 12%; 2. Vârsta - rata restabilirii independenţei funcţionale la 1 an scade de la 21% la pacienţii cu vârsta mai mică de 20 de ani, la 9% pentru pacienţii cu vârsta de 20-39 de ani, până la 0% pentru persoanele mai mari de 40 de ani; 3. Tipul leziunii cerebrale - leziunile traumatiche au pronostic mai bun decât cele non-traumatice, ori restabilirea independenţei funcţionale diferă în cele 2 mari grupuri etiologice de la 24% la 4%, iar restabilirea stării de conştiinţă de la 52% la 13% [7]. Prezenţa complicaţiilor posttraumatice poate masca evoluţia clinică reală a pacienţilor în SV. În circa 37-43% din cazuri, pacienţii ce dezvoltă

tă complicații posttraumatice, sunt diagnosticați în mod eronat drept a fi în SV [2,3].

Material și metode

Prezentăm următorul caz clinic - Pacientul R., 29 de ani, fiind implicat într-un grav accident rutier în luna februarie 2010, cu dezvoltarea unui TCC sever și a numeroase traumatisme asociate, este internat în salonul de terapie intensivă în stare de comă gradul II-III (5-6 puncte GCS). La momentul internării starea generală a pacientului era extrem de gravă, contactul verbal lipsea. Pacientul reacționa la stimuli dureroși prin mișcări de flexie în toate membrele. Examenul neurologic obiectiv evidenția: pupile miotice, anizocorie D<S, fotoreactivitate absentă. Reflexe corneene absente. Reflexe osteotendinoase abolite bilateral. Hipotonus generalizat. La 2 săptămâni din momentul accidentului, pacientul deschide spontan ochii, dar nu fixează privirea asupra obiectelor sau persoanelor, contactul verbal și mișcările în membre rămân a fi absente, apare respirația spontană prin canula traheostomică, se atestă prezența ciclurilor de veghe-somn. Starea de conștiență a pacientului este apreciată drept stare vegetativă.

La 8 luni distanță de la accident se observă apariția unor reacții emoționale corespunzătoare stimulilor aplicați. La efectuarea unui examen tomografic computerizat (TC) cerebral repetat se constată dezvoltarea unei hidrocefalii posttraumatice (HPT) tetraventriculare severe. Este efectuată șuntarea ventriculo-peritoneală, după care, la a 2-3-a zi postoperator, pacientul devine conștient, pronunță cuvinte neinteligibile, prezintă reacții emoționale la adresare, arătarea pozelor, iar la a 4-a zi pronunță deja cuvinte simple („da”, „nu”, „mulțumesc”). Ulterior la pacient apar mișcările în membre, este posibil contactul verbal productiv (comunicare prin fraze scurte), succese confirmate de TC cerebrală repetată cu evoluție pozitivă (*Hidrocefalie în regresie ușoară, fără semne de edem*). Pe durata următorilor 2 ani (până în luna decembrie 2012), pacientul urmează numeroase cure de reabilitare fizică și cognitivă (kinetoterapie, terapie ocupațională, terapie logopedică ș.a.), cu progrese marcabile până în aprilie 2012, cu instalarea unui plateau evolutiv pe durata următoarelor luni, dar cu dinamică imagistică pozitivă (involuția hidrocefaliei) până în decembrie 2012, când la efectuarea unei rezonanțe magnetice nucleare cerebrale de control se constată reinstalarea hidrocefaliei non-obstructive (creșterea evidentă a volumului lichidului cefalo-rahidian, asociată cu creșterea vitezei de circulație la nivelul sistemului ventricular și a cisternelor cerebrale). A fost stabilit diagnosticul clinic de: Consecințele unui TCC grav. Status vegetativ (februarie - octombrie 2010). Stare după șuntarea ventriculo-peritoneală. Insuficiență

entă piramidală pe dreapta, tulburări extrapiramidale, dereglări ale echilibrului, afectarea nervilor cranieni (II, VI, VII, VIII), tulburare cognitivă moderată.

Pornind de la persistența dependenței funcționale a pacientului în desfășurarea activităților zilnice, a evoluției procesului de recuperare fără dinamică semnificativă pe durata ultimului an de zile, cât și a necesității unei cure de reabilitare cognitivă complexe, s-a recomandat consultarea și evaluarea pacientului într-un centru neurologic de referință internațional, pentru aprecierea tacticii ulterioare de tratament.

Discuții

HPT este o complicație frecventă dezvoltată la pacienții în SV (până la 77%) [3,6]. Conform datelor bibliografice, incidența prin HPT este de aproximativ 2-8% la pacienții cu ≤ 8 puncte conform GCS, dezvoltându-se în primul an după TCC (mai frecvent la 3-8 săptămâni posttraumatic), cazul prezentat mai sus încadrându-se în parametrii statistici enumerați, dat fiind punctajul de 5-6 puncte GCS la internare și dezvoltarea HPT la circa 8 luni de la TCC [4].

Din punct de vedere clinic, HPT corelează cu tulburări ale conștienței și/sau lipsa ameliorării clinice în dinamică/simptome atipice/comă prelungită. În cazul pacientului prezentat putem presupune că dezvoltarea HPT a determinat lipsa ameliorării clinice precoce, aceasta survenind abia la 8 luni post-TCC. În același context, menționăm mai sus că în 37-43% din cazuri de SV, pacienții dezvoltă complicații posttraumatice, fiind diagnosticați în mod eronat drept ar fi în SV, iar starea de conștiență minimă (SCM) este diagnosticată eronat drept SV în aproximativ 40% din cazuri [1, 2]. Apariția reacțiilor emoționale la pacientul din cazul expus mai sus, la 8 luni de la TCC, pe fondal de HPT diagnosticată ulterior acestor reacții, ar putea servi drept indicator al tranziției pacientului de la SV la SCM. Este de menționat faptul că rata ameliorării stării pacienților cu HPT după șuntare ventriculo-peritoneală se repartizează astfel: 45-50% recuperare majoră; 18-20% recuperare minimă, pacientul prezentat incluzându-se în prima categorie [3, 4, 6].

Concluzii

1. Dezvoltarea hidrocefaliei posttraumatice are un impact negativ asupra procesului de recuperare neurologică a pacienților cu dereglări ale stării de conștiență;

2. Restabilirea independenței funcționale și a stării de conștiență la pacienții cu stare vegetativă posttraumatism craniocerebral este invers proporțională cu vârsta pacientului și durata aflării în status vegetativ.

3. Pacienții în stare vegetativă necesită o monitorizare detaliată și susținută în timp, dat fiind diagnos-

ticul diferențial dificil cu starea de conștiență minimă la pacienții cu și complicații multiple.

Bibliografie

1. Andrews K., Murphy L., Munday C., Littlewood C. *Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit*, Brit Med J, 1996; 313:13-16.
2. Childs N., Mercer W., Childs H., *Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state*, Neurology, 1993; 43:1465-7.
3. Denes Z., Barsi P., Szel I., Boros E., Fazekas G., *Complication during postacute rehabilitation: patients with posttraumatic hydrocephalus*. Int J Rehabil Res. 2011; 34(3):222-6.
4. Desiderio R. et.al. *Post-Traumatic Hydrocephalus in Severe Head Injury Series of 22 Cases*, Panarabneurosurgery.org, 2000, vol.4, N2.
5. Jannett B. *Vegetative state* J Neurol Neurosurg Psychiatry, JNNP, 2002; 73:355-7.
6. Jong Y., Chul H., Kum W., Soon K., Jhin S., *Hydrocephalus in Persistent Vegetative State*, J Kor Neurotraumatol Soc, 2006, 2(2):101-6.
7. Monti M., Laureys S., Owen A., *The vegetative state*, BMJ, 2010; 341-5.
8. The Multi-Society Task Force on PVS. *Medical aspects of the persistent vegetative state (2)*. N Engl J Med 1994; 330:1572-9.